

Allegato 2

Da compilare a cura dei soggetti economici gestori di RSA



Alla Società della Salute Pratese
Via Roma 101
59100 – PRATO
Pec sdsareapratese@legamail.it

**MODELLO MANIFESTAZIONE DI INTERESSE PER L'ISCRIZIONE
NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI PER L'EROGAZIONE DI SERVIZI E
PRESTAZIONI PER SOSTEGNO ALLA DOMICILIARITA'
POR Regione Toscana FONDO SOCIALE EUROPEO 2014 – 2020
ASSE B Inclusione Sociale e Lotta alla Povertà
Avviso regionale “Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni
servizio per sostegno alla domiciliarità”
PROGETTO P.A.C.O.T.**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____
_____ (____) il ____/____/____/
C.F. ____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|
Residente in _____ (CAP _____)
Via _____ n. _____
in qualità di legale rappresentate di _____
Avente sede legale in _____ (CAP _____)
Via _____ n. _____
C.F./P.IVA _____
Tel _____ email _____
PEC _____

Avente la seguente forma giuridica :

MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione del seguente pacchetto di interventi, così come definito dall'art.17



dell'Avviso regionale "potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità"

Descrizione intervento	struttura intervento
Cure intermedie temporanee presso RSA nella fase di predisposizione dell'accoglienza al domicilio dell'assistito	Ricovero in RSA per 12 gg

e a tal fine DICHIARA CHE

- Di essere accreditato per i servizi per i quali manifesta interesse per l'iscrizione nell'elenco secondo il disposto della L.R. 82/2009 e del successivo regolamento di attuazione nr. 29/R del 3 marzo 2010 per i servizi e le prestazioni specifiche;
- Che la struttura è in possesso dei requisiti organizzativi e professionali previsti dalla DGR n.1002 del 10/10/2005 e dalla normativa di riferimento relativa ai moduli per disabilità di prevalente natura motoria al momento dell'avvio dei progetti;
- Di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e l'Avviso regionale "Potenziamento dei servizi di continuità assistenziale – buoni servizio per sostegno alla domiciliarità" e di accettare quanto in essi previsto;
- Di essere informato, ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;

SI IMPEGNA

A comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

Luogo e data

firma del Legale Rappresentante

N.B. allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscrittore, in corso di validità